

## 原 著

重症心身障害児（者）施設におけるアセスメントの  
現状と課題吉 田 護 昭<sup>\*1</sup>

## 要 約

本研究は、重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）を対象に、重症心身障害児（者）（以下、「入所児者」）の実態およびアセスメントの現状と課題を明らかにすることを目的とした。全国に展開するX法人の重症児者施設全6施設（以下、6施設）を対象に、質問紙を用いた郵送調査を実施し、6施設から回答を得ることができた（回収率100%）。本論文では、「施設で重視しているアセスメント項目」を軸に、施設別、分類別、ICFの概念図の使用、の3点から分析をすすめた。その結果、施設別では、6施設中4施設が「医療」に関する項目を最も重視していた。分類別では、「医療」や「身体機能」に関する項目を多く重視していた。ICFの概念図を用いて整理をすると、6施設全体では、ICFの各構成要素において項目数の違いはあったものの、どれかの構成要素に偏ることなく重視している傾向にあった。これらの結果は、他の障害者支援施設にはない、重症児者施設特有の結果であると考えられる。全体のまとめとして、6施設におけるアセスメントの現状は、主に「医療」や「身体機能」に関する項目が重視されている。加えて、入所児者を総合的に理解すること、地域とのつながりを構築すること、個別性に関する項目を重視すること、これら3つの課題が明らかとなった。

## 1. 緒言

重症心身障害とは、重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している状態を指し、わが国特有の概念である<sup>1,3)</sup>。その状態を指す児童を重症心身障害児（者）（以下、「重症児者」）<sup>†1)</sup>という。重症児者は生命予後が短く、呼吸器障害や消化管障害などの障害を抱えており、合併症や常時医療的ケアを要するなどのハイリスクを伴っている<sup>1,2)</sup>。また、言葉による意思疎通が難しく、表情やしぐさなどによって意思表示をすることもある<sup>4,6)</sup>。その重症児者は全国に43,000人と推計されており、そのうち、およそ7割が在宅で、3割が施設入所となっている<sup>7-9)</sup>。

重症児者が入所する施設として、重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）<sup>†2)</sup>がある<sup>10,11)</sup>。2020年2月現在、公法人立では134施設（13,652床）<sup>12)</sup>、2018年5月時点において、独立行政法人国立病院機構重症心身障害児病棟では73か所（8,051床）<sup>13)</sup>、国立高度専門医療センター重症心身障害児

病棟では1か所（60床）<sup>13)</sup>となっている。また、児者一貫の支援が可能であることから、0歳から65歳以上の高齢者まで幅広い年代が入所している。さらに、重症児者施設は医療法上における病院の機能を持ち、病院でもあり、福祉施設でもあるといった特徴をもつ<sup>14-16)</sup>。

近年、その重症児者施設に入所希望する重症児者が増えている<sup>17)</sup>。その背景として、いくつか考えられる。例えば、新生児医療や小児救命救急医療などの医療の進歩により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たん吸引や経管栄養など、日常的に医療的ケアが必要な障害児等の増加<sup>18-20)</sup>、介護者の高齢化、養育能力などの環境的な要因等に伴う介護負担の増大<sup>21-25)</sup>、NICUや小児科病棟の長期入院児の在宅移行の問題<sup>26,27)</sup>、近年の児童虐待の増加による措置<sup>28,29)</sup>などである。

このように、重症児者施設は、在宅生活の継続が困難な重症児者や医療機関などの長期入院児、被虐

\*1 済生会保健・医療・福祉総合研究所

（連絡先）吉田護昭 〒108-0073 東京都港区三田1-4-28 三田国際ビル26F

E-mail : m.yoshida@saiseikai.or.jp

待児の受入れ、在宅生活をしている重症児者の支援など、地域において重要かつ貴重な社会資源の一つである。

その重症児者施設には、医師や看護師、検査技師などの医療職をはじめ、保育士や介護福祉士、社会福祉士、公認心理師などの福祉職などの国家資格を有する多くの専門職が配置されている<sup>30)</sup>。重症児者の特徴から、専門職らは高度な専門性と多岐にわたった支援が求められるため、重症児者一人一人の詳細な情報を捉え、理解を深めていくことが重要となる。

そこで、重要な鍵として浮かび上がるのが「アセスメント」である。

重症心身障害分野におけるアセスメントに関する先行研究をみると、看護師や公認心理師、管理栄養士など、各専門分野におけるアセスメントが見受けられた<sup>31-34)</sup>。また、重症児者のアセスメントに関する基本的視点や具体的な方法などに関する報告書等も見受けられた<sup>35,36)</sup>。

次に、アセスメント様式についてみる。例えば、高齢者分野では、全国の多くの居宅介護支援事業所で採用されている「居宅サービス計画ガイドライン」アセスメント用紙（全国社会福祉協議会）<sup>37)</sup>や介護保険課題分析標準項目準拠版のケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）<sup>38)</sup>などがある。また、障害福祉分野では、障害種別やそれに伴う事業も多様であり、各自治体によってそれぞれ独自のアセスメント様式がある<sup>39,40)</sup>。一方で、重症心身障害分野に関するアセスメント様式については、重症心身障害児者の地域生活モデル事業報告書（平成24年度）で紹介されているものしか見受けられなかった<sup>36)</sup>。

そして、アセスメントの定義についてみる。例えば、社会福祉用語辞典<sup>41)</sup>では「問題状況の確認、情報の収集と分析、援助の方法の選択と計画までを含む幅広い概念である」（p.5）としている。中村<sup>42)</sup>はソーシャルワークの援助プロセスにおいて行われるアセスメントについて「クライアントの問題に対してソーシャルワーカーが可能な限り、必要かつ適切な情報収集を行い、その情報に基づいたクライアントとソーシャルワーカーの認識の過程である」（p.267）としている。太田<sup>43)</sup>はアセスメントの概念について「援助を必要とする状況をクライアントの抱えている事実に基づいて把握し、計画や実践への情報の提供と援助過程を促進する方法」（p.261）と述べている。

本研究における「アセスメント」について、「重症児者施設に入所する重症児者（以下、「入所児者」）<sup>†3)</sup>

の抱えている問題に対して、事実に基づいて、可能な限り必要かつ適切な情報収集を行い、それらの情報を分析・統合し、個別支援計画や実践への情報提供と援助過程を促進すること」と定義した。

そこで、本研究は全国に展開するX法人の重症児者施設全6施設（以下、「6施設」）を対象に、調査を通して、入所児者の実態とアセスメントの現状と課題を明らかにする。特に、本論文では、「施設で重視しているアセスメント項目」を軸に検討し、考察する。

## 2. 研究方法

### 2.1 研究方法と対象

X法人の重症児者施設全6施設を対象とし、質問紙を用いた郵送調査を実施した。記入者は個別支援計画書の作成やモニタリング、関係機関との連絡調整等の業務を主に行うサービス管理責任者または児童発達支援管理責任者とした。記入者はサービス管理責任者が6人（そのうち1人は児童発達支援管理責任者の資格も有する）であった。また、記入者の基本属性は、性別では「男性」が3人、「女性」が3人、年齢では「30歳代」が2人、「40歳代」が1人、「50歳代」が3人となり、重症心身障害分野に携わった年数では「10年以上20年未満」が5人、「3年以上5年未満」が1人、所有する国家資格（複数回答可）では「社会福祉士」が3人、「介護福祉士」が1人、「介護福祉士」と「保育士」の両方の所有が2人となった。尚、本調査は施設調査であり、各施設において、記入者によって回答した内容は施設長の承諾を得たものである。全6施設から回答を得ることができ、回収率は100%となった。調査期間は2019年10月23日から11月14日にかけて実施した。統計解析には、Windows版SPSS Statistics 25.0を用いて、単純集計およびクロス集計を行った。

### 2.2 調査項目

#### 2.2.1 重症児者施設の実態（37項目）

重症児者施設の実態では「施設の実態」、「入所児者の特徴」、「国家資格を有する専門職の構成」（以下、「専門職の構成」）の3つを柱に構成をした。

「施設の実態」では、入所定員と実人数や在宅サービス事業など、計7項目とした。

「入所児者の特徴」では、サービス種別、障害支援区分、大島分類、横地分類、医療的ケア、超重症児者および準超重症児者、主要病因分類、在所期間、重症児者の平均年齢、入退所の実態、人工呼吸器装着児者の受入れの実態など（14項目）、看取りの実態（5項目）、成年後見制度の利用状況（7項目）の計26項目とした。

「専門職の構成」では、専門職の内訳（職種、勤務形態）、性別、勤続年数、サービス責任者配置（サービス管理責任者および児童発達支援管理責任者と児童指導員）の計4項目とした。

## 2.2.2 アセスメントの実態（28項目）

アセスメントの実態では、アセスメント様式、施設で重視しているアセスメント項目、アセスメントを十分に行う必要性のある項目、日々の情報およびアセスメントの情報における情報共有の方法（開催頻度、参加職種、開催時間など）、記録、新規入所児者のアセスメント、アセスメントに関する勉強会や研修会などの計28項目とした。

## 2.3 倫理的配慮

公益社団法人日本社会福祉士会研究倫理規程に則り、研究をすすめた。回答は統計的に処理をし、個人や事業所を特定しないこと、個人の評価に利用されたりしないことを文章にて明記した。本研究は済生会保健・医療・福祉総合研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

## 3. 調査結果

### 3.1 重症児者施設の実態

重症児者施設の実態では、6施設全体の結果を示すこととする。

#### 3.1.1 施設の実態

入所定員については、「定員50名未満」が3施設、「定員100名以上」が3施設となった。

施設で実施している在宅サービス事業については、「短期入所」が6施設、「医療型児童発達支援」が3施設、「相談支援事業所」が3施設、「生活介護」が2施設、「放課後等デイサービス」、「児童発達支援」がそれぞれ1施設ずつとなった。

#### 3.1.2 入所児者の特徴

各施設の入所児者の平均年齢は、A施設（男性35.9歳、女性41.2歳）、B施設（男性26.1歳、女性34歳）、C施設（男性21歳、女性24歳）、D施設（男性35.7歳、女性37.1歳）、E施設（男性40.9歳、女性42.9歳）、F施設（男性39歳、女性46歳）となった。また、6施設のなかで、最少年齢では0歳、最高年齢では80歳

後半の入所児者が入所している。

施設の在所要期間（他施設での在所要期間も含む）では、「5年未満」が25.8%（109人）、「35年以上」が21.1%（89人）、「5年以上35年未満」で53.1%（224人）の割合となった。

大島分類<sup>41)</sup>では1群から4群に該当する人の割合は6施設全体で、85.2%（360人）となった。内訳は「1群」が66.1%（279人）、「2群」が13.0%（55人）、「3群」が1.4%（6人）、「4群」が4.7%（20人）となった。

サービス種別では、表1の通りとなった。「措置」が12.6%（53人）、「重症児」が7.1%（30人）、「療養介護」が80.3%（339人）となった。

主要病因分類では表2の通りとなった。出生時・新生児期の原因で「分娩異常」が26.0%（108人）と最も高い割合となった。次に、周生期以後の原因で「外因性障害」が19.5%（81人）となった。また、「分娩異常」の108人のうち最も多い病名が「低酸素症または仮死」で91人となった。「外因性障害」では81人のうち最も多い病名が「脳外傷」で35人、次いで「髄膜炎脳症」で29人となった。

入所児者の医療的ケア（重複している医療的ケアを実数としてカウントしている）については、「たん吸引」が144人（26.0%）、「経管栄養」が129人（23.3%）、「気管内挿管・気管切開」が75人（13.6%）、「ネブライザー」71人（12.8%）、「腸瘻・腸管栄養」が53人（9.6%）などの順となった。

#### 3.1.3 専門職の構成

専門職の構成については、表3の通りとなった。「看護職（看護師、准看護師を含む）」が349人（45.3%）と最も多く、次に「リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む）」が87人（11.3%）、「医師（歯科医、小児科、精神神経科、整形外科、内科、外科、その他を含む）」が79人（10.3%）となり、医療職がおおよそ7割を占めている。一方で、福祉職についてみると、「介護福祉士」が76人（9.9%）、「保育士」が59人（7.7%）、「社会福祉士」が22人（2.9%）で20.5%の割合となった。

専門職のX法人における勤続年数（事務員など専門職以外の職員は除く）は、「3年未満」が38.0%

表1 サービス種別（6施設全体）

| サービス種別 n=422(100.0) |             |               | 実数(%) |
|---------------------|-------------|---------------|-------|
| 措置                  | 重症児         | 療養介護          |       |
| 53<br>(12.6)        | 30<br>(7.1) | 339<br>(80.3) |       |

\*重症児：契約による入所（0～18歳未満）

表2 主要病因分類【時期】(6施設全体)

実数(%)

| 主要病因分類 (時期) n=415 (100.0) |            |            |              |             |              |                             |             |             |                          |             |             |
|---------------------------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| 出生前の原因<br>n=119 (28.5)    |            |            |              |             |              | 出生時・新生児期の原因<br>n=159 (38.3) |             |             | 周生期以後の原因<br>n=137 (33.0) |             |             |
| 感染・中毒                     | 代謝異常       | 母体の疾患      | 不明の出生前の要因    | 染色体異常       | 特殊型その他       | 分娩異常                        | 新生児期の異常     | その他         | 外因性障害                    | 症候性障害       | その他         |
| 1<br>(0.2)                | 6<br>(1.4) | 2<br>(0.5) | 42<br>(10.1) | 23<br>(5.5) | 45<br>(10.8) | 108<br>(26.0)               | 35<br>(8.4) | 16<br>(3.9) | 81<br>(19.5)             | 35<br>(8.4) | 21<br>(5.1) |

\*上記以外の原因で「不明」として分類：7名

表3 専門職の構成 (6施設全体)

実数(%)

| 専門職の構成 n=771 (100.0) |             |              |               |             |             |             |             |              |
|----------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 医師                   | 歯科医         | リハビリ職        | 看護職           | 保育士         | 介護福祉士       | 社会福祉士       | 公認心理師       | 左記以外         |
| 67<br>(8.7)          | 12<br>(1.6) | 87<br>(11.3) | 349<br>(45.3) | 59<br>(7.7) | 76<br>(9.9) | 22<br>(2.9) | 19<br>(2.5) | 80<br>(10.4) |

\*「医師」：小児科，精神神経科，整形外科，内科，外科，その他を含む

\*「リハビリ職」：理学療法士，作業療法士，言語聴覚士を含む

\*「看護職」：看護師，准看護師を含む

\*「左記以外」：薬剤師，検査技師，放射線技師，管理栄養士，その他を含む

(273人)，「3年以上10年未満」が32.9% (237人)，「10年以上20年未満」25.2% (181人)，「20年以上」が3.9% (28人) となった。

### 3.2 アセスメントの実態

本項では，本研究の柱である「施設で重視しているアセスメント項目」を軸に整理した。

#### 3.2.1 アセスメント様式の形態

施設で使用するアセスメント様式では，施設独自で作成した様式を使用している施設が3施設，施設独自で作成した様式と電子カルテ内にある様式の2つを併用している施設が2施設，電子カルテ内の様式を使用している施設が1施設となった。

#### 3.2.2 施設で重視しているアセスメント項目

6施設それぞれにおいて，アセスメント様式が異なっており，項目数や名称なども異なることが考えられる。そのため，6施設が回答した重視しているアセスメント項目については，選択肢による回答ではなく，自由回答によって回答してもらうことにした。各施設において重視しているアセスメント項目を優先度の高い順に5つ回答してもらったところ，

表4の通りとなった（記述された回答内容をそのまま記載している）。

6施設中4施設（A，B，C，D）が「医療」に関する項目を優先順位の一歩目に挙げていた。4施設とも「医療」に関する項目であるが，A施設は「医療的ケア（健康状態等）」，B施設は「身体状況（健康状態等）」，C施設は「医療的情報」，D施設は「医療的情報（健康状態等）」と内容がそれぞれに異なっている。残りの2施設については，E施設が「生活状況や環境」，F施設が「本人の願い」を優先順位の一歩目に挙げていたことが明らかとなった。

次に，6施設が回答した優先順位5つの合計30を，6施設の現場職員の代表者（以下，「6施設の代表者」）との研究ミーティングにより検討し分類したところ，図1の通りとなった。

分類方法については，研究ミーティング開催前に名刺くらいの大きさのカードに，回答した30のアセスメント項目を1枚のカードにつき1つ記載し，全部で30枚のカードを作成した。研究ミーティング当日は，作成した30枚のカードを基に，6施設の代表者同士

で意見交換をしながら分類し、それぞれのカテゴリに名称をつけた。その結果、「身体機能」、「医療」、「生活」、「個性」、「本人の思い」、「地域連携」の6つに分類することができた。

さらに、近年、多分野で用いられている国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）（以下、「ICF」）の概念図を活用し<sup>45)</sup>、整理した結果が表6となる。ICFの概念図を活用した理由として、ICFの概念図における各構成要素は明確な定義や概念、基準など示されていることから、それらの内容に沿って分類することによって、図1で分類した結果よりも、より客観的に結果を示すことが可能であるため活用した。

「活動」では日常生活動作、姿勢・運動、コミュニケーションなどの9つ（8項目）と最も多かった。次いで「心身機能・身体構造」（以下、「心身機能・構造」）では身体状況、神経症状、皮膚状態などの5つ（4項目）、「健康状態」では医療的情報や医療的ケアの4つ（2項目）、「環境因子」では外部機関との連携、家族に関することなどが4つ（4項目）、「個人因子」ではプロフィール、好きなこと、成育歴の3つ（3項目）、「参加」は社会参加や日中活動の3つ（2項目）となった。ICFの分類項目以外として「本人または家族の希望や要望」が2つとなった。

#### 4. 考察

本項では、「施設で重視しているアセスメント項目」の結果を軸に考察をしていく。

##### 4.1 施設別にみるアセスメントの重視項目

まず、施設で重視しているアセスメント項目を施設別に整理をした。「施設別にみるアセスメントの重視項目」（表4）では、6施設中4施設（A, B, C, D）が「医療」に関する項目を優先順位の一番目に挙げていた。また、E施設は「生活状況や環境」を一番目に挙げ、二番目に「医療」に関する項目を挙げていた。

これらの背景として、入所児者は主要病因が多様であること（表2）、複数の医療的ケアを要していること、乳幼児期から高齢期までの年齢層が幅広く、特に、生命維持やハイリスクを伴う入所児者が入所していること、などの実態が本調査の結果にあらわれている。さらに、専門職の構成（表3）では、医療職（医師や看護職）がおよそ半数以上の割合を占めている。

これらのことから、生命維持や健康管理に必要な「医療」に関する情報や項目が優先的に重視される傾向にあると考える。また、F施設では「本人の願い」を最も重視し、その他にも「好きなこと」や「社会参加」、「成育歴」に関する項目など、入所児者の「個性」を重視しているという点で、特徴的であった。その背景について、入所児者の特徴や主要病因（表2）、専門職の構成（表3）など、本調査における他の5施設の実態結果と比較をしたが、F施設において特徴的な結果は見受けられなかった。

##### 4.2 アセスメントの重視項目の分類

次に、分類別による整理である。先述したように、施設別に整理したアセスメントの重視項目（表4）を6つに分類し、それぞれのカテゴリに名称をつけた。

表4 施設別にみるアセスメントの重視項目

| 施設名 | 優先度 1            | 優先度 2               | 優先度 3 | 優先度 4           | 優先度 5            |
|-----|------------------|---------------------|-------|-----------------|------------------|
| A   | 医療的ケア<br>(健康状態等) | コミュニケーション           | 日中活動  | 身体機能            | 五感               |
| B   | 身体状況<br>(健康状態等)  | 神経症状                | 栄養状態  | 排泄              | 皮膚状態             |
| C   | 医療的情報            | 安全管理                | 食事支援  | 日常生活動作          | プロフィール           |
| D   | 医療的情報<br>(健康状態等) | 日常生活                | 日中活動  | 家族に関すること        | 外部機関との連携         |
| E   | 生活状況や環境          | 医療的情報<br>(医療処置の程度等) | 身体的機能 | 栄養状態<br>(摂食状況等) | 本人及び家族の<br>要望や希望 |
| F   | 本人の願い            | 好きなこと               | 社会参加  | 姿勢・運動           | 成育歴              |

※記述された回答内容をそのまま記載している。



その結果、「身体機能」では日常生活動作、姿勢・運動、身体機能、栄養状態などの8つ（6項目）で最も多く、次いで、「医療」が医療的情報や医療的ケア、身体状況（健康状態）などの7つ（5項目）となった。「生活」では日中活動、日常生活、社会参加などの5つ（4項目）、「個性」ではプロフィール、コミュニケーション、生活状況や環境、成育歴などの5つ（5項目）、「本人の思い」では本人の願い、本人及び家族の要望や希望、好きなことの3つ（3項目）、「地域連携」では外部機関との連携、家族に関するものの2つ（2項目）となった。

以上のことから、入所児者の支援において、「本人の思い」や「個性」などの項目が重視されることは当然であると考えられる。しかしながら、「本人の思い」や「個性」などの項目を超えて、「身体機能」や「医療」などの項目が優先的に上位であることは、「本人の思い」や「個性」などを大切にするためにも「身体機能」や「医療」などの視点を外すことができないのではないかと考える。

#### 4.3 ICF の概念図を用いたアセスメント重視項目の整理

まず、ICF について、上田<sup>46)</sup>は『『人が生きることの全体像』についての『共通言語』』（p.28）であるとし、大川<sup>47)</sup>は「生きることの全体像を示す『生活機能モデル』を、共通の考え方として、さまざまな専門分野や異なった立場の人々が共有し、共通理解に役立てること」（p.1）と述べている。また、三田は個人チェックリスト<sup>†4)</sup>の各項目と ICF との対応について述べているように<sup>48)</sup>、ICF は様々な領域で用いられている。

そこで、ICF の概念図を用いて、6施設が回答した重視するアセスメント項目5つの合計30の普遍化を試みた（図2）。その結果、生活機能の構成要素である「心身機能・構造」は5つ（4項目）、「活動」が9つ（8項目）、「参加」が3つ（2項目）となった。

「活動」や「心身機能・構造」が多かった背景として、入所児者の食事介助や排泄介助、着脱介助、移動・移乗介助などの直接介助は、日々のケアや支援に必要不可欠であり、誰もが把握し、理解しておかなければならない。そのため、ADL や IADL などに関連した「活動」や「心身機能・構造」に関する項目が必然的に重視される傾向にあると考える。

「参加」については、日中活動（2件）と社会参加の3つとなり、他の2つの構成要素に比べて少なかった。

その背景として、入所児者の高齢化や重度化がすすみ、医療的ケアなどのケアに要する時間が多くなり、日中活動における職員配置の不足や回数減など

の課題を抱えている<sup>49)</sup>。また、情報共有における受け手側の要因として、参加に関する情報は、重要という認識がありながらも、食事介助や排泄介助などの直接介助や医療的ケアに比べ、それらの情報を知らなくても支援やケアができるという結果も見受けられている<sup>50)</sup>。

こうした背景から、「活動」や「心身機能・構造」に比べて「参加」に関する項目は優先順位が低くなりやすい傾向にあると考える。

次に、生活機能に影響を与える構成要素として、「健康状態」が4つ（2項目）、「環境因子」が4つ（4項目）、「個人因子」が3つ（3項目）となった。

「健康状態」については、重度障害に加え、医療的ケアを要し、主要な病因も多様で（表2）、ハイリスクを伴う入所児者の特徴や医療職が半数以上を占めている実態（表3）からみても、「医療」に関する情報を含めた「健康状態」に関する項目が重視されることは必然的である。また、家族に関することや外部機関との連携などの「環境因子」、成育歴や好きなこと、プロフィールなど、入所児者固有の項目である「個人因子」についても、他の要素と比較して、偏ることなく重視している傾向にあった。

ICF の概念図を用いて整理した結果、6施設全体では、ICF の各構成要素において項目数の違いやF施設の影響はあるものの、どれかの構成要素に偏ることなく重視している傾向にあった。

これらのことから、各構成要素におけるアセスメント項目を単体として捉えるのではなく、相互に関連し合っていることを認識し、入所児者を全体的に捉え、理解を深めていくことが重要と考える。

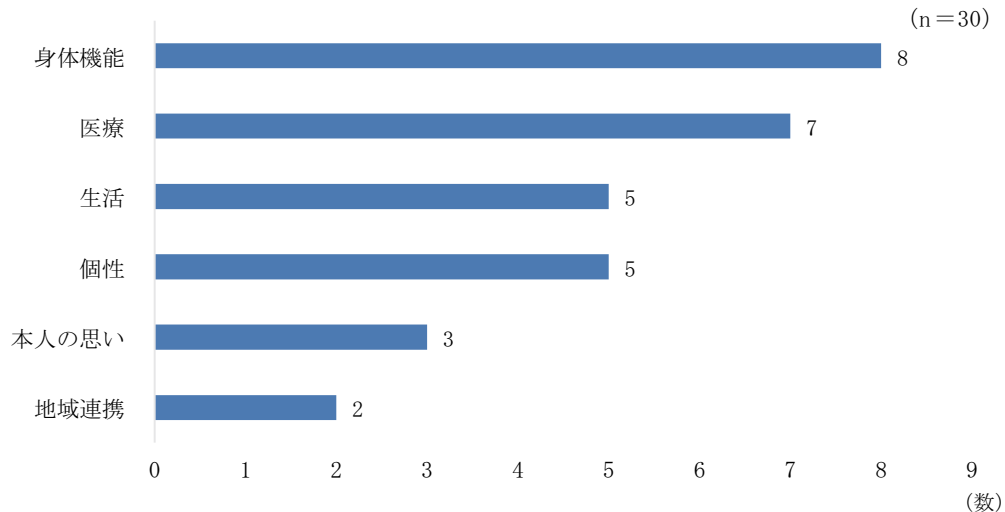
#### 5. 重症児者施設におけるアセスメントの課題

本項では、これまでのことを踏まえ、重症児者施設におけるアセスメントの課題について述べる。

##### 5.1 入所児者を総合的に理解する

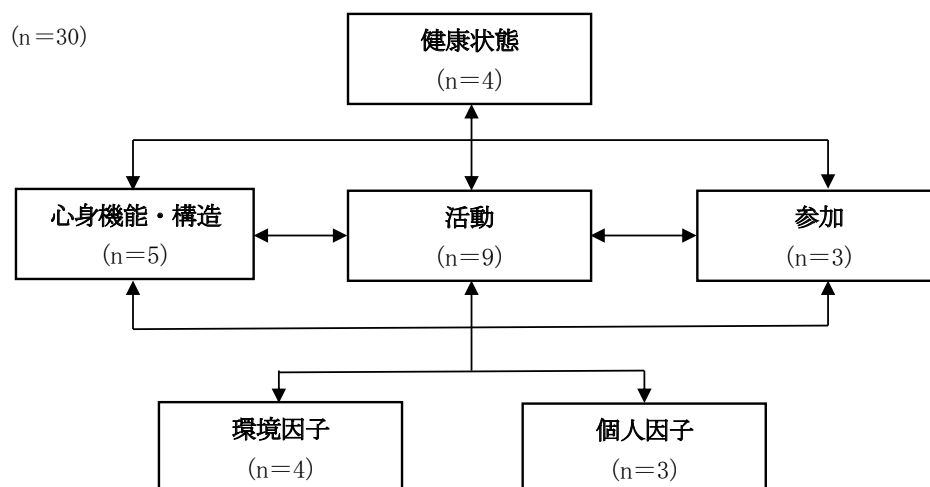
まず、入所児者を総合的に理解することである。本調査の結果では「身体的機能」や「医療」に関する項目を主に重視している（図1）。しかしながら、それらのデータを ICF の概念図を用いて整理すると、項目数の違いはあったものの、ICF の6つの構成要素のどれかに偏ることなく、重視している傾向にあった（図2）。

このことから、入所児者本人のみではなく、例えば、入所児者本人とその家族またはその他の人との関係性、社会資源（フォーマル、インフォーマル）とのつながり、社会参加や社会活動の内容やその程度など、入所児者本人を取り巻く周辺環境、ICF の構成要素では「環境因子」や「参加」にも目を向け



「身体機能」：身体機能（2件）、日常生活動作、姿勢・運動、栄養状態（2件）、食事支援、排泄  
「医療」：医療の情報（3件）、医療的ケア、身体状況（健康状態）、神経症状、皮膚状態  
「生活」：日中活動（2件）、日常生活、社会参加、安全管理  
「個性」：プロフィール、コミュニケーション、生活状況や環境、五感、成育歴  
「本人の思い」：本人の願い、本人及び家族の要望や希望、好きなこと  
「地域連携」：外部機関との連携、家族に関すること

図1 アセスメントの重視項目の分類



※本人の願い、家族の要望等（n=2）

出所：障害者福祉研究会編，ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—，2002，p16 の図1 を筆者引用，一部加筆。

「健康状態」：医療の情報（3件）、医療的ケア  
「心身機能・構造」：身体状況（健康状態）、身体機能（2件）、神経症状、皮膚状態  
「活動」：日常生活動作、姿勢・運動、日常生活、コミュニケーション、五感、食事支援、栄養状態（2件）、排泄  
「参加」：社会参加、日中活動（2件）  
「個人因子」：好きなこと、プロフィール、成育歴  
「環境因子」：家族に関すること、生活状況や環境、外部機関との連携、安全管理

図2 ICF の概念図を用いたアセスメントの重視項目の整理

て、アセスメントし、入所児者を総合的に理解することが必要と考える。入所児者を総合的に理解する点について、植戸は障害児・者の相談支援において、トータルな視点をもって「全人的理解」が必要であると述べ<sup>51)</sup>、中村や大谷は本人のみではなく、生活という環境や地域を含めた広い視野から問題をトータルに認識し、対象を包括的にアセスメントすることの重要性について述べている<sup>52,53)</sup>。

また、重症児者施設では多くの専門職が配置されている(表3)。上田<sup>46)</sup>は「『健康状態』は医師、『心身機能・構造』は理学療法士(主に下肢・体感)と作業療法士(主に上肢)、『活動』は看護・介護職、『参加』は社会福祉士、『環境因子』は福祉工学専門家や義肢装具士など」(p.42)のように、分立的分業では専門職間の情報が分断され、入所児者の支援の方向性がまとまらないなどが起こり得ることがあると指摘している<sup>46)</sup>。そのため、各専門職は自らの専門領域の情報やアセスメント項目のみにとどまらず、他の専門領域の情報やアセスメント項目も重視することが必要と考える。

以上のことから、入所児者を総合的に捉え、理解を深めていくことが必要であると考える。

## 5.2 地域とのつながりを構築する

次に、地域とのつながりを構築することである。入所児者の多くは、ほとんどの時間を施設で過ごし、関わる人も施設職員など限定的になりやすく、支援やケアが施設内で完結されることが考えられる。また、ケアに要する時間が多くなることで、生活の中の楽しみや喜びなどの時間が少なることも考えられる。ICFの概念図を用いて整理したように、ICFの構成要素である「参加」においては、重視する項目が少なく、日中活動と社会参加の項目となった(表6)。こうしたなか、重症児者施設では入所児者の質の高い生活を保障するために、園芸や散歩、歌い聞かせ、香りや光を活用した取り組みなど、日々、創意工夫しながら日中活動に取り組んでいる報告や事例が見受けられる<sup>49,54)</sup>。こうした活動は、入所児者の生活の喜びや楽しみをさらに広げ、より心地よく、より楽しく過ごすことができ、生きがいににつながると思う。

わが国が地域共生社会の実現を目指しているように、入所児者が施設内での支援やケアに完結されるのではなく、地域とのつながりを持った施設生活を送ることが重要と考える。そのためには、入所児者と地域とのつながりを持つことができるように、施設または施設職員がその橋渡し役になることが必要と考える。その際、地域の社会資源の把握や理解することに加え、入所児者の望むことは何か、真のニー

ズは何かを理解することがより重要となる。

舟橋は重症児者の支援について、重症児者に携わる多くの専門職をはじめ、地域の関係機関や近隣の人々とともに支援をしていくことが重要であるとしている<sup>55)</sup>。さらに、舟橋<sup>55)</sup>は「普通の児(者)と同じように重症児(者)も町へ出て行けること、それがその町で育つ他の障害児(者)やその家族にとって支えになり、町の人々に受け入れられる。これらのことが当たり前になる、そういうどんな人も暮らしやすい町、『この人たちが社会の光になる』町が育つこと」(p.6)と述べている。

入所児者と地域とのつながりを構築していくことは容易にできることではないと考える。

しかしながら、入所児者の生活の質を高めていくためには、これからの重症児者施設として、新たな挑戦であり、重要な役割でもあるといえよう。

## 5.3 個別性に関する項目を重視する

最後に、個別性に関する項目を重視することである。支援の基本に立ち返って、入所児者の尊厳を高め、かけがえのない人として存在するためにも、個別性を尊重し、入所児者個々の特性を理解することは重要と考える。鈴木<sup>56)</sup>は「重症心身障害児(者)と呼ばれる彼らは、幼児期に障害を受けたとしても、彼らなりに輝く力を持つ。限られた力で懸命に輝く」(p.5)と述べ、落合<sup>57)</sup>は「重症児(者)は重い障がいを抱えていても、持てる力を使って一生懸命生きています。医療的ケアがあっても一人ひとりどのように過ごしてもらいたいかを考えて、ケアすることが求められます」(p.13)と、人として尊重してかわることの重要性を述べている。

また、クライアントの特性を知ること<sup>58)</sup>やICFの個人因子の重要性<sup>45-47)</sup>、支援者や社会の役割として、生きていることの快適さや喜びの実現の重要性<sup>59)</sup>などを述べているように、例えば、入所児者の思いや価値観、入所児者の感じる快や不快、強み、これまでに育ってきた環境や生活など、入所児者個々が持つ固有の特性を各専門職は様々な視点からアセスメントし、見出して、理解を深めていくことがより必要となる。

これらのことから、支援を通して、「その人らしさ」とは何かを常に問い続け、入所児者の気持ちに寄り添い、心の声に耳を傾けることが重要となる。こうした積み重ねが、入所児者の望む生活の実現につながっていくものと筆者は考える。

以上、本研究を通して、明らかとなった課題を述べた。これらの課題は容易にできることではないと考える。しかしながら、入所児者の生活の質を高め、望む生活を的確に実現していくために、重症児者施



設としての果たす役割は、より一層重要であるとともに、新たな挑戦でもあると筆者は考える。

## 6. まとめ

本論文では「施設で重視しているアセスメント項目」を軸に、施設別、分類別、ICF の概念図の使用、の3点から整理し分析を行った。その結果、施設別では、6施設中4施設が「医療」に関する項目を最も重視していた。分類別では、「身体機能」や「医療」に関する項目を重視していた。そして、ICF の概念図を用いて整理をすると、6施設全体では、ICF の各構成要素において項目数の違いはあったものの、どれかの構成要素に偏ることなく重視している傾向にあった。

これらの結果は、他の障害者支援施設にはない、重症児者施設特有の結果であると考えられる。その背景には、高度な専門性と多岐にわたった支援が必要であること、複数の医療的ケアを要し、特に、生命維持やハイリスクを伴う入所児者が入所していること、乳幼児期から高齢期までの年齢層が幅広いこと、看護職や医師などの医療職が半数以上配置されていること、などが考えられる。

こうした現状や背景を踏まえて、より入所児者の生活の質を高め、望む生活の実現に向けた支援をしていくためには、入所児者の生活における喜びや楽しみ、生きがいにもつながる支援がより一層必要で

あると考える。そこで、ICF の概念図を用いて整理をした結果（図2）から考えると、「心身機能・構造」や「活動」、「健康状態」などの入所児者本人の状態像に関する構成要素を主に重視するだけではなく、その人の個性や特性などの「個人因子」や入所児者本人を取り巻く周辺環境における「環境因子」、施設内外、特に施設外での活動や参加などに関する「参加」の構成要素も同様に重視をし、入所児者をトータルに捉えて支援を展開していくことが重要と考える。

以上のことから、6施設におけるアセスメントの現状は、主に「医療」や「身体機能」に関する項目が重視されている。加えて、入所児者を総合的に理解すること、地域とのつながりを構築すること、個別性に関する項目を重視すること、これら3つの課題が明らかとなった。

本研究はX法人全6施設の重症児者施設を対象とした調査であり、限定的であったことから、すべての重症児者施設に反映するものではない。今後は、入所児者のライフステージも考慮し、X法人全6施設以外の重症児者施設にも対象を広げ、研究をすすめていきたい。また、入所児者の個性がより浮き上がるように、様々な角度や視点からアセスメント項目について検証し、実用的なアセスメントツールの開発を目指していきたい。

## 謝 辞

本研究はX法人全6施設を対象に質問紙調査を実施しました。ご多忙の中、本調査にご協力いただきました6施設の施設長はじめ、職員の皆様ならびに研究ミーティングにご参加いただいた研究協力者の方々に改めて深く感謝申し上げます。

また、当研究所顧問である山崎美貴子先生には、本研究における助言やご指導をしていただき、深く感謝申し上げます。そして、本論文の執筆における指導や助言をいただいた当研究所の原田奈津子上席研究員に感謝いたします。

## 注

- †1) 重症心身障害児とは児童福祉法第7条の2で「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童」と定義されている。同様の障害をもつ18歳以上の人には特定の名称がない。新版重症心身障害療育マニュアル（p.2）では<sup>2)</sup>、重症心身障害児を重症児とし、18歳以上を含む重症児の場合は重症児（者）と提示していることから「重症児者」と記載する。なお、先行研究等で使用されている表記はそのまま使用することとする。
- †2) 重症心身障害児施設とは児童福祉法第43条の4に「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童に対して行われる保護並びに治療及び日常生活の指導を目的とする施設」と明記されている。2012（平成24）年4月の児童福祉法の改正により、正式名称が「医療型障害児入所施設」となり、「重症心身障害児施設」での名称は使用されなくなった。公益社団法人日本重症心身障害福祉協会の定款<sup>10)</sup>や日本重症心身障害学会の用語集<sup>11)</sup>では、重症心身障害児（者）施設と明記している。本研究では、18歳以上の重症心身障害者も対象としていることから、従来から使用されている重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）と記載する。
- †3) 「重症児者」は在宅生活や施設入所で生活するすべての重症児者を指す。そこで、本研究では重症児者施設に入所する重症児者を対象としていることから、「重症児者」と区別するために、本研究で使用する用語は「入所児者」と表現し、記載する。
- †4) 公益社団法人日本重症心身障害福祉協会が共通の実態調査票として、1979年に独自の「個人チェックリスト」を

作成した<sup>48)</sup>。全国の公法人立重症児者施設に対して、毎年4月1日現在において入所している重症児者の状況を調査している<sup>48)</sup>。1988年度からは「改訂版の個人チェックリスト」を用いて調査を継続しており、調査対象者数は2013年度でおよそ12,000人を超えている<sup>48)</sup>。

## 文 献

- 1) 鈴木康之:重症心身障害児(者)の理解. 鈴木康之, 舟橋満寿子監修, 八代博子編著, 写真でわかる重症心身障害児(者)のケアアドバンス—一人としての尊厳を守る療育の実践のために—, 初版, インターメディカ, 東京, 12-22, 2017.
- 2) 岡田喜篤監修, 井合瑞江, 石井光子, 小沢浩, 小西徹編:重症心身障害療育マニュアル. 新版, 医歯薬出版, 東京, 2015.
- 3) 岡田喜篤, 蒔田明嗣:重症心身障害児(者)医療福祉の誕生—その歴史と論点—. 初版, 医歯薬出版, 東京, 2016.
- 4) 市江和子:重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 31(1), 83-90, 2008.
- 5) 佐藤朝美:重症心身障害児(者)のコミュニケーションに関する文献検討. 日本小児看護学会誌, 20, 141-147, 2011.
- 6) 三田勝己, 三上史哲, 三田岳彦, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦:公法人立重症心身障害児施設入所者の個人チェックリストによる実態調査(第Ⅱ報)—基本的知的活動・問題行動—. 日本重症心身障害学会誌, 38(3), 401-412, 2013.
- 7) 岩崎裕治:重症心身障害に対する医療・支援の現状. 小児保健研究, 73(2), 240-242, 2014.
- 8) 厚生労働省:障害児支援について(資料1-1). [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000096740.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000096740.pdf), 2015. (2020.3.16確認)
- 9) 全国重症心身障害児(者)を守る会:重症心身障害児とは—いのちのゆたか—. <https://www.normanet.ne.jp/~ww100092/network/inochi/page1.html>, 2006. (2019.12.18確認)
- 10) 日本重症心身障害福祉協会:日本重症心身障害福祉協会定款. [http://www.zyuusin1512.or.jp/jigyoku/kyoukai\\_teikan.pdf](http://www.zyuusin1512.or.jp/jigyoku/kyoukai_teikan.pdf), 2019. (2020.3.2確認)
- 11) 日本重症心身障害学会:用語集. [http://www.js-smid.org/docs/J41\\_3\\_word.pdf](http://www.js-smid.org/docs/J41_3_word.pdf), 2016. (2020.3.2確認)
- 12) 日本重症心身障害福祉協会:会員施設一覧. <https://jushojisha.jp/ichiran/>, 2020. (2020.3.13確認)
- 13) 全国重症心身障害児(者)を守る会:重症心身障害児施設一覧. <https://www.normanet.ne.jp/~ww100092/sisetu30.pdf>, 2018. (2020.3.13確認)
- 14) 伊藤陽一:障害児施策に関する研究—重症心身障害児施設を中心に—. 研究紀要(小池学園), (10), 49-61, 2012.
- 15) 佐藤祐輔:重症心身障害者の社会生活に向けた支援についての研究—支援者側からみた促進要因に焦点を当てて—. 四天王寺大学大学院研究論集, (9), 103-120, 2014.
- 16) 山田美智子:5. 専門性とチームアプローチの考え方. 岡田喜篤監修, 井合瑞江, 石井光子, 小沢浩, 小西徹編, 重症心身障害療育マニュアル, 新版, 医歯薬出版, 東京, 103-111, 2015.
- 17) 全国重症心身障害児(者)を守る会:重症心身障害児者の地域生活の実態に関する調査についての事業報告書. 社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会, 東京, 2011.
- 18) 平元東:医療型障害児入所施設の現状と課題. 小児外科, 47(9), 951-955, 2015.
- 19) 日本医師会小児在宅ケア検討委員会:平成28・29年度小児在宅ケア検討委員会報告書. 日本医師会小児在宅ケア検討委員会, 東京, 2018.
- 20) 田村正徳:平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業—医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究—平成28年度総括・分担研究報告書. 東京, 2017.
- 21) 西垣佳織, 黒木春郎, 藤岡寛, 上別府圭子:在宅重症心身障害児主介護者のレスパイトケア利用希望に関連する要因. 小児保健研究, 73(3), 475-483, 2014.
- 22) 高原翔子, 弓立陽介, 山本智世, 梅木夕里香, 兵部佐代子:医療型短期入所を利用する患者家族の養育負担の現状. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, (11), 303-306, 2016.
- 23) 田中千恵, 佐島毅:在宅重症心身障害者と介護者が望む将来と必要な支援. 日本重症心身障害学会誌, 41(3), 363-370, 2016.
- 24) 小沢浩, 木実谷哲史, 舟橋満寿子, 宮地幸, 倉田清子, 田沼直之, 富田直, 三山佐保子, 志倉圭子, 山田直人, 内山健太郎, 栗原栄二, 中村由紀子, 佐々木征行:東京都多摩地区における超重症児・者の実態調査. 日本小児科学会誌, 114(12), 1892-1895, 2010.

- 25) 杉本健郎, 河原直人, 田中英高, 谷澤隆邦, 田辺功, 田村正徳, 土屋滋, 吉岡章: 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点—全国8府県のアンケート調査—. 日本小児科学会雑誌, 112(1), 94-101, 2008.
- 26) 岩崎裕治, 家室和宏, 宮野前健, 倉澤卓也, 益山龍雄, 田村正徳: 療育施設における医療的ケアの必要な入所児（者）およびNICU長期入院児を含む受け入れ状況等の実態調査. 日本重症心身障害学会誌, 37(1), 117-124, 2012.
- 27) 船本仁一, 森俊彦, 梅原実, 江原朗: 長期入院児の在宅医療や重症心身障害児施設等への移行問題. 日本小児科学会雑誌, 117(8), 1321-1325, 2013.
- 28) 厚生労働省: 第6回障害児入所施設の在り方に関する検討会（参考資料2）障害児入所施設の現状. <https://www.mhlw.go.jp/content/12204500/000577483.pdf>, 2019. (2020.3.13確認)
- 29) 厚生労働省: 障害児入所施設の機能強化をめざして—障害児入所施設の在り方に関する検討会報告書—. <https://www.mhlw.go.jp/content/12204500/000593531.pdf>, 2020. (2020.3.13確認)
- 30) 厚生労働省: 令和元年障害福祉サービス等経営概況調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2020/01/d1/h0117-02.pdf>, 2020. (2020.3.2確認)
- 31) 橋本悟: 重症心身障害児者の心理アセスメント. 子ども発達臨床研究, 11, 54-62, 2018.
- 32) 向井早苗, 田所美代子: 問題行動を示す重症心身障害児に対する機能的アセスメント. 日本重症心身障害学会誌, 42(2), 297, 2017.
- 33) 仁宮真紀, 藤井恵未: 看護師が行う重症心身障害児（者）の呼吸フィジカルアセスメントに関する研究—フィジカルアセスメントに対する困難感—. 日本重症心身障害学会誌, 42(2), 290, 2017.
- 34) 野田智子, 藤沼小智子, 杉山智江, 鈴木優子: 入所施設における重症心身障害児の栄養アセスメントの現状. 埼玉医科大学看護学科紀要, 11(1), 49-57, 2017.
- 35) 日本重症心身障害福祉協会: 在宅重症心身障害児者支援者育成研修テキスト. 日本重症心身障害福祉協会, 東京, 2015.
- 36) 甲山福祉センター西宮すなご医療福祉センター: 平成24年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業報告書. 社会福祉法人甲山福祉センター西宮すなご医療福祉センター, 兵庫, 2013.
- 37) 全国社会福祉協議会: 『居宅サービス計画ガイドライン』アセスメント用紙. [https://www.shakyo.or.jp/news/kako/materials/20171215\\_kyotaku.pdf](https://www.shakyo.or.jp/news/kako/materials/20171215_kyotaku.pdf), 2017. (2020.3.13確認)
- 38) 日本社会福祉士会: ケアマネジメント実践記録様式介護保険課題分析標準項目準拠版 (Ver.4.0). [https://www.jacsw.or.jp/14\\_shuppan/files/careVer4.pdf](https://www.jacsw.or.jp/14_shuppan/files/careVer4.pdf), 2010. (2020.3.13確認)
- 39) 盛岡市: アセスメントシート例 (本人情報・就労関係・課題分析). [http://www.city.morioka.iwate.jp/\\_res/projects/default\\_project/\\_page\\_/001/004/061/asesu.pdf](http://www.city.morioka.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/004/061/asesu.pdf), 2016. (2020.3.13確認)
- 40) 大阪市: 就労系障がい福祉サービスアセスメントシート [大阪市標準様式 VOL.1]. <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000138/138077/asesumenntosi-to.pdf>, 2018. (2020.3.13確認)
- 41) 久保美紀: アセスメント. 山縣文治, 柏女霊峰編集委員代表, 社会福祉用語辞典, 第9版, ミネルヴァ書房, 京都, 5, 2017.
- 42) 中村佐織: ソーシャルワーク援助プロセスのアセスメント—その方法と具体的展開—. ソーシャルワーク研究, 20(4), 267-274, 1995.
- 43) 太田義弘: ソーシャル・ワークにおけるアセスメント—その意義と方法—. ソーシャルワーク研究, 20(4), 260-266, 1995.
- 44) 大島一良: 再び重症心身障害とは何か. エル・エス・ティ学会誌, 1(2), 51-60, 1986.
- 45) 世界保健機関 WHO, 障害者福祉研究会編: ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—. 中央法規, 東京, 2002.
- 46) 上田敏: ICF(国際生活機能分類)の理解と活用—「人が生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか—. 初版, きょうされん, 東京, 2005.
- 47) 大川弥生: 生活機能とは何か—ICF: 国際生活機能分類の理解と活用—. 初版, 東京大学出版会, 東京, 2007.
- 48) 三田勝己: 重症心身障害児施設入所者の実態の変遷. 岡田喜篤監修, 井合瑞江, 石井光子, 小沢浩, 小西徹編, 重症心身障害療育マニュアル, 新版, 医歯薬出版, 東京, 55-67, 2015.
- 49) 矢島卓郎, 有本潔, 木実谷哲史: 医療型障害児入所施設の利用者に対する日中活動の現状と課題. 目白大学総合科学研究, (13), 1-18, 2017.
- 50) 佐藤倫子, 津川敏, 安西有紀, 栗田和洋, 樋口和郎: 施設職員間のより充実した情報共有の実現に向けた試み—重

- 症心身障害児者へのサービス向上を目指して― 済生会医学・福祉共同研究 2013年度版, 68-95, 2013.
- 51) 植戸貴子：障害者相談支援におけるサービス等利用計画とソーシャルワーク. ソーシャルワーク研究, 45(4), 294-302, 2020.
- 52) 中村佐織：ソーシャルワーク実践過程としてのアセスメント研究の意義. 社会問題研究, 46(1), 79-96, 1996.
- 53) 大谷京子：包括的ソーシャルワークアセスメント. ソーシャルワーク研究, 44(2), 81-91, 2018.
- 54) 下村毅, 油田治幸, 川澄敦, 宮沢直美, 長嶺香奈子, 清水信夫, 新明広子, 高橋節夫：日中活動. 落合三枝子編著, 島田療育センター重症心身障害児者の療育&日中活動マニュアル, 初版, 日総研, 愛知, 115-158, 2019.
- 55) 舟橋満寿子：支援のなかで私たちが気をつけていくべきことは. 鈴木康之, 舟橋満寿子監修, 八代博子編著, 写真でわかる重症心身障害児(者)のケアアドバンス―一人としての尊厳を守る療育の実践のために―, 初版, インターメディカ, 東京, 6-7, 2017.
- 56) 鈴木康之：まずは懸命に生きようとする生命を守り, その心の声を聞くこと. 鈴木康之, 舟橋満寿子監修, 八代博子編著, 写真でわかる重症心身障害児(者)のケアアドバンス―一人としての尊厳を守る療育の実践のために―, 初版, インターメディカ, 東京, 4-5, 2017.
- 57) 落合三枝子：ライフステージ別の(乳幼児, 学齢, 青年, 高齢化, 看取り)支援の心構えとケアにおける倫理. 落合三枝子編著, 島田療育センター重症心身障害児者の療育&日中活動マニュアル, 初版, 日総研, 愛知, 8-13, 2019.
- 58) 渡部律子：福祉専門職のための統合的・多面的アセスメント―相互作用を深め最適な支援を導くための基礎―. 初版, ミネルヴァ書房, 京都, 2019.
- 59) 高谷清：重い障害を生きるということ. 初版, 岩波書店, 東京, 2011.

(令和2年7月6日受理)

## Current Status and Issues of Assessment in Facilities for Persons with Severe Motor and Intellectual Disabilities

Moriaki YOSHIDA

(Accepted Jul. 6, 2020)

**Key words** : facilities for persons with severe motor and intellectual disabilities, the assessment items emphasized, the item of medical, the item of physical function, conceptual diagram of ICF

### Abstract

The purpose of this study is to clarify actual conditions of patients with SMID (SMID; severe motor and intellectual disabilities) and current status and issues of assessment for facilities for persons with severe motor and intellectual disabilities. Focusing on the “the assessment items emphasized in facilities”, the analysis was based on three points: by facility, by category, by using a conceptual diagram of ICF (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health). As a result, by facility, 4 of the 6 facilities had emphasized the assessment items related to “medical”, by category there were many of the assessment items related to “medical” and “physical function”, by using a conceptual diagram of ICF each assessment item was perceived equally. In summary, as for the current status of assessment at the six facilities for persons with severe motor and intellectual disabilities, items related to “medical” and “physical function” are mainly emphasized. In addition, comprehensive understanding of the patients with SMID, building connections with the community, to emphasize on items related to individuality, three issues were clarified.

Correspondence to : Moriaki YOSHIDA

Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare  
Minatoku, 108-0073, Japan  
E-mail : [m.yoshida@saiseikai.or.jp](mailto:m.yoshida@saiseikai.or.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.30, No.1, 2020 83-94)